4e Année. N° 1. 1er Janvier 1883.

# REVUE MENSUELLE

DE

# LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

# ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois



FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE



*Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.*

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

**ABONNEMENT :**

France . . . . . . . . 10f | Étranger. . . . . . 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

# REVUE MENSUELLE

DE

# LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

## ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **L. Elsberg**, à New-York. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne.— **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres.— **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. —**G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à l'université de Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

TOME III

1883

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

4e Année. N° 1. 1er Janvier 1883.


# REVUE MENSUELLE
DE
# LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

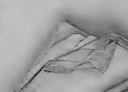

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Contribution à l'étude du cancer du larynx, par le Dr F. Schiffers, assistant à l'Université de Liége ; Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique du prof. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881, par le Prof. Gruber, médecin auriste à l'Hôpital général (K. K.) de Vienne. — **Sociétés savantes** : Société de médecine de Berlin (Séance du 25 octobre et du 1er novembre 1882). Du Diagnostic de l'ulcère tnberculenx du larynx. — **Revue de la Presse.** — **Exposition de Bordeaux.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Contribution à l'étude du cancer du larynx.

Par le Dr F. Schiffers,
Assistant à l'Université de Liége.

Le cancer du larynx forme actuellement encore, dans les traités de pathologie spéciale, un chapitre qui n'est pas exactement défini. Si l'histoire de cette affection a été mieux étudiée dans ces derniers temps, grâce à des observations plus minutieuses, elle laisse cependant toujours à désirer. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur la définition de la maladie donnée par les auteurs: ce n'est qu'une longue énumération des symptômes qui se trouvent, au surplus, rarement réunis, ou bien il y a confusion entre le cancer du larynx proprement dit (cancer primitif) et celui des organes connexes. Ce défaut d'exactitude trouve du reste son excuse dans la grande variabilité des phénomènes subjectifs observés pendant la vie; si l'esquisse est quelquefois nettement dessinée, souvent ce n'est qu'une pâle ébauche



où un œil attentif ne distingue presque rien. Il faut, en outre, remarquer que la maladie a généralement une marche lente et qu'elle persiste longtemps dans l'organe atteint sans retentir sur l'organisme. Toutefois, il peut arriver des accidents prématurés du côté de l'œsophage ou des premières voies aériennes. Si, dans ces conditions, la sonde œsophagienne n'est pas introduite ou si la trachéotomie n'est pas faite rapidement, la mort arrivera en quelque sorte d'une façon foudroyante et l'affection n'aura pas été reconnue, aucun diagnostic rationnel n'aura pu être porté. De plus, si l'on considère que la maladie attaque ordinairement des hommes robustes, il ne faut pas s'étonner que la sagacité du praticien puisse être prise en défaut, et que, dans ces cas, les phénomènes présentés par le malade ne soient pas rapportés à leur vraie cause.

Le diagnostic est donc parfois difficile, et il ne sera souvent possible que par exclusion. Même quand la symptomatologie est plus caractéristique, nous ne dirons pas avec Stœrk que la confusion avec une affection syphilitique est impossible.

Il suffit de se rappeler le cas de Ziemssen pour ne pas contester ce fait.

Il s'agissait d'un homme de 68 ans, maigre et pâle, chez lequel l'examen laryngoscopique permit de découvrir une surface ulcéreuse sur le bord droit de l'épiglotte et dans le sinus pyriformis droit, ainsi qu'une intumescence plus ou moins circonscrite de la corde vocale droite. La muqueuse du larynx et des parties voisines était, à droite, d'un rouge sombre et gonflée; la surface de l'ulcération était couverte d'une sécrétion muco-purulente abondante. Le résultat de cet examen, en tenant en outre compte de l'âge du malade, de la douleur qui s'irradiait du côté droit du cou vers l'oreille droite, tendait à faire admettre un ulcère carcinomateux Cependant, pour assurer le diagnostic, quoiqu'il n'y eut alors aucun symptôme suspect de syphilis, l'iodure de potassium fut administré au malade. Après quelques semaines, il ne restait plus de la lésion qu'une petite cicatrice au bord droit de l'épiglotte.

Si l'on s'en tient à l'aspect laryngoscopique, abstrac-

tion faite du siège de la lésion, il est de fait que certains cas de cancer du larynx ressemblent à celui de Ziemssen.

D'après Stoerk, si dans le muqueuse il se montre des noyaux durs, il faut admettre une formation de gommes; ce qui suppose une longue durée de la maladie, et alors d'autres organes seront atteints en même temps de syphilis.

Mais l'affection peut se localiser en quelque sorte dans le larynx, les accidents primaires et des accidents secondaires, s'il y en a eu, peuvent avoir passé inaperçus. Nous observons en ce moment un malade chez lequel toute la maladie s'est pour ainsi dire concentrée dans l'organe vocal; l'accident primaire n'a jamais été connu du sujet. Les phénomènes qu'il a présentés ont été très-graves, la trachéotomie était imminente. Le danger a cependant pu être conjuré grâce au traitement spécifique; ce qui ne peut donc laisser de doute sur le diagnostic. Le haut degré d'intensité des lésions, qui étaient du reste en rapport avec les symptômes, s'explique naturellement parce que l'action du virus syphilitique s'est portée sur un seul organe. Si cet exemple n'est pas commun, il se voit cependant; il a été constaté ailleurs.

Nous avons sous les yeux l'histoire clinique, suivie de l'autopsie détaillée, d'un cas de cirrhose syphilitique du foie avec production de gommes.

Il a été absolument impossible de trouver une autre lésion concomitante ou seulement une trace de la maladie antérieure. Le sujet a succombé en présentant les symptômes d'une cirrhose mixte. L'accident primaire avait encore passé ici inaperçu; le diagnostic de syphilis hépatique ne pouvait s'appuyer sur aucun phénomène commémoratif ou concomitant.

Que ces cas soient rares, nous le concédons volontiers, mais c'est précisément pour les cas difficiles qu'il s'agit d'établir un diagnostic différentiel. Si plusieurs signes sont réunis, tout est bientôt dit; pas n'est besoin que la lésion du larynx se présente avec tous ses caractères.

Le carcinôme ne reste pas toujours aussi exactement limité à un côté de l'organe; s'il existe dans les autres points une légère tuméfaction, il s'agit plus d'une fois

d'une infiltration par la masse cancéreuse, et en réalité toute la partie est atteinte, Nous avons pu le constater encore dernièrement sur une épiglotte épithéliomateuse enlevée, qui semblait seulement malade à droite ; il existait un peu de gonflement à gauche. Sur une coupe transversale, il était facile de s'apercevoir que tout le tissu était infiltré. Nous n'hésitons pas cependant à reconnaître que la délimitation de la léson existe ordinairement dans le cancer, autant du moins que le laryngoscope permet de le constater.

D'un autre côté, l'existence antérieure d'un chancre et de manifestations secondaires ne rend pas impossible l'apparition d'une affection cancéreuse du larynx. Chez un malade qui avait eu autrefois un chancre, il survint un épithélioma du larynx dont le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique ; le traitement spécifique, institué du reste tout d'abord sous toutes les formes. n'avait rien produit. Nous avons également souvenance d'un autre malade syphilitique qui a succombé à un carcinôme de l'œsophage ; ce que l'autopsie a entièrement confirmé. Il en résulte donc qu'une affection n'exclut pas l'autre, surtout en ce qui concerne les organes des premières voies respiratoires et digestives.

Nous devrons avoir recours, dans les cas de l'espèce, à l'examen microscopique, quand il sera possible, et il le sera assez souvent. Nous ne parlons naturellement pas des cas analogues à celui de Ziemssen, où il n'y a qu'une ulcération accompagnée d'une tuméfaction plus ou moins notable de la muqueuse ; le criterium sera alors le traitement. Mais s'il s'agit d'une tumeur plus ou moins circonscrite, (c'est l'épithelioma qui est la forme la plus fréquente d'après les statistiques concordantes de Morell Mackenzie, de Schrötter et de Ziemssen) dans la plupart des cas, il sera possible d'en enlever une partie, soit avec l'anse galvanique soit avec la pince. L'examen microscopique ne pourra laisser de doute ; la conduite du médecin sera alors toute tracée. Le traitement syphilitique qui aurait été institué, doit être cessé au plus tôt, si l'on ne veut pas précipiter la marche fatale de la maladie. Il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ce moyen, qui est peut-être trop négligé parce qu'il est simple. Cette petite

opération sera faite avec le plus de délicatesse possible, et il suffira d'enlever une portion si minime qu'elle soit de la tumeur. Si l'on veut courir les chances de la laryngotomie, il faut y procéder aussitôt que possible et ne pas laisser le malade s'épuiser par un traitement spécifique. La simple trachéotomie pratiquée de bonne heure mettra également le malade dans de beaucoup meilleures conditions pour résister à l'action épuisante de la maladie.

La constitution extérieure du cou ne donne non plus que rarement une indication utile pour diagnostiquer le cancer du larynx. Ce n'est que dans quelques cas rares que l'on a « la carapace de crustacé » d'Isambert par suite de l'épaississement et de l'écartement des lames du cartilage thyroïde. Certains auteurs attachent cependant de l'importance à la forme extérieure du larynx dans cette maladie. Ainsi, nous voyons que le professeur Bergmann de Würzburg, actuellement titulaire de la clinique de chirurgie à Berlin, a invoqué dernièrement l'absence de ce signe et de deux autres qni font souvent défaut eux-mêmes, (l'engorgement ganglionnaire et l'absence de troubles de la santé générale du sujet) pour rejeter, dans un cas, le diagnostic de cancer de la corde gauche porté par le professeur Rossbach. Le malade fut soumis inutilement à une cure antisyphilitique; la trachéotomie fut faite, puis l'extirpation du larynx pratiquée peu de temps après. La guérison eut lieu cinq semaines plus tard et la voix se rétablit par un larynx artificiel. Il n'est pas moins vrai qu'on avait perdu du temps et institué un traitement irrationnel, débilitant pour le sujet.

Si l'examen laryngoscopique le plus minutieux nous laisse quelquefois dans le doute sur le diagnostic, il faut bien avouer que la symptomatologie laisse encore plus à désirer sous ce rapport. La cachexie, entre autres phénomènes, se montre rarement, et l'on est étonné souvent de constater les lésions les plus manifestes et les plus étendues chez des malades, qui présentent tous les attributs de la santé, et où il n'existe pas même d'amaigrissement. Ce symptôme manque ordinairement à cause de la limitation du cancer à l'organe vocal. Il faudrait

cependant un plus grand nombre d'observations que celles connues, pour établir quels sont les rapports de cette absence de cachexie dans le cancer du larynx avec celui des autres organes. Car plus d'une fois il arrive que le cancer de l'estomac ou de l'intestin, par exemple, passe inaperçu pendant la vie; il n'est révélé que par l'autopsie.

La douleur non plus n'est pas un symptôme constant; elle manque très souvent complètement.

Un des phénomènes les plus fréquents et parfois des plus marqués est la raucité de la voix, qui peut avoir des degrés variables en rapport du reste avec le siège de la lésion; elle pourra aller jusqu'à l'aphonie complète, si le récurrent est impliqué dans la masse cancéreuse.

Les troubles respiratoires sont souvent très légers ou n'existent pas; dans certains cas, il est vrai, il y aura du cornage.

Il résulte donc que la symptomatologie est tout à fait insuffisante et le restera probablement; l'examen laryngoscopique sera toujours nécessaire et quelquefois il devra être complété par l'examen microscopique ou le traitement permettra seul de porter un diagnostic par exclusion.

Si nous n'avons pas encore parlé de l'engorgement ganglionnaire, c'est que nous voulons attirer tout spécialement l'attention sur lui. Le médecin devra rechercher avec beaucoup de soin ce signe, qui peut le mettre sur la voie du diagnostic dès le début de l'affection. Si le cancer a son siège sur la surface extérieure du larynx, cet engorgement existera en effet toujours; il faudra inspecter les sinus pyriformis, qui sont parfois le siège d'une tumeur plus ou moins volumineuse venant émerger à la partie supérieure; elle peut être constatée assez facilement à l'aide du miroir. Cette lésion existe quelquefois, tandis que l'intérieur du larynx est intact ou à peu près, ou du moins ne présente qu'une tuméfaction qui serait aussi bien rapportée à une affection du tissu sous muqueux ou du périchondre. Quand un malade se présente avec un engorgement quelque peu douloureux au cou, sans même accuser de troubles du côté de la voix ou de a respiration, il faudra donc procéder minutieusement à

cet examen. L'absence de douleur ou de gêne à la déglutition n'exclut pas la possibilité de l'existence d'une tumeur dans une gouttière latérale du larynx; le miroir est nécessaire pour révéler sa présence au début.

D'un autre côté, l'adénopathie pourra manquer absolument dans le cas de cancer intrinsèque; il ne faudra jamais exclure d'emblée cette affection, si ce signe n'existe pas, alors même que les phénomènes présentés par le malade sont très graves.

Ces remarques se rapportent assez bien au cas d'un malade, âgé de cinquante-trois ans, professeur de langues, qui est venu à la policlinique de l'Université de Liége, à cause d'une raucité qu'il désirait voir disparaître au plus tôt.

Il était dans la période de la vie (50-60 ans), où le cancer du larynx a été observé le plus souvent, d'après la statistique de Morell Mackensie et celle de Ziemssen. Le malade s'est présenté à notre premier examen, le 2 novembre 1881. Il nous raconte qu'il a renoncé à donner ses leçons depuis le mois de mai de la même année. A cette époque, cependant, la voix était encore assez bonne; mais ce symptôme, dont le début remontait au commencement du mois de mars, devenait de plus en plus prononcé. Le malade se plaignait en outre d'une toux assez fatiguante, accompagnée d'une expectoration muco-purulente peu abondante. La respiration se faisait bien; la déglutition n'était pas gênée. Amaigrissement et perte des forces depuis quelque temps. En juin 1881, il avait craché environ deux décilitres de sang rouge; l'hémorrhagie promptement arrêtée ne s'était pas reproduite. Le malade était grand fumeur, il se servait souvent de pipes en terre à court tuyau; néanmoins, il ne s'était jamais plaint de la gorge. Sans avoir fait des excès alcooliques à proprement parler, il avait cependant pris de l'alcool. Pas d'affection syphilitique antérieure ni aucune autre maladie. Sa mère vit encore, elle est âgéé de 87 ans. Son père est mort à l'âge de 36 ans « d'un mal de cœur ». Ses frères et sœurs sont morts, n'ayant pas atteint l'âge de 2 ans. Ses grands parents sont morts entre 60 et 85 ans.

Tel est l'état des commémoratifs et des symptômes accusés par le malade.

La figure est anémiée, il n'y a pas de cachexie. Le sujet est d'une constitution robuste et présente encore un certain degré d'embonpoint.

A l'examen laryngoscopique, nous constatons que la glotte est occupée par la partie gauche du larynx tuméfiée, c'est-à-dire que la corde vocale supérieure gauche et une notable portion de la paroi interne du même côté s'avancent sur la glotte qu'elles surplombent, en quelque sorte. On ne peut apercevoir la corde vocale inférieure gauche; lors des mouvements respiratoires ou pendant la phonation, les cartilages aryténoïdes entrent en mouvement. L'espace glottique, ou plutôt la portion gauche du larynx qui le limite et touche presque la paroi interne droite, a l'aspect d'une ligne courbe à convexité tournée vers la droite. Cette partie du larynx est d'une coloration rouge foncé; il n'y a pas d'ulcération. L'épiglotte semble normale, ainsi que la partie droite du larynx, qui est accessible à la vue, c'est-à-dire la région aryténoïdienne, la corde vocale supérieure et la gouttière latérale du larynx. Les replis glosso-épiglottiques latéraux gauches et pharyngo-épiglottiques du même côté sont épaissis, à surface inégale. Le sinus pyriformis gauche n'est pas aussi large qu'à droite, mais à un premier examen, nous n'y découvrons pas de tumeur. Quelques jours plus tard, nous constatons qu'il y existe une masse d'un aspect rosé, à surface inégale, comme framboisée, d'une coloration à peu près uniforme dans toute son étendue. La partie visible qui émerge a le volume d'un gros pois. Au moyen de la pince de Morell Mackenzie, nous enlevons le plus délicatement possible une petite portion de cette masse, il ne s'ensuit aucune réaction. Le malade n'accuse aucune douleur, il s'écoule à peine quelques gouttelettes de sang. L'examen microscopique du néoplasme nous fait reconnaître qu'il s'agit d'une masse infiltrée d'un grand nombre de cellules épithéliales avec une couche très épaisse de revêtement formée par des cellules de même espèce. La nature carcinomateuse de l'affection (épithélioma), que nous avions supposée de prime abord, étant donné l'aspect général du larynx et les autres phénomènes constatés, était dès lors mise hors de doute.

Notons encore que sous le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien du côté gauche, il existait un ganglion fortement engorgé. Il avait le volume d'une grosse noix et se trouvait au niveau d'une ligne passant par le bord supérieur du cartilage thyroïde. Il était douloureux à la pression seulement et pouvait être plus ou moins déplacé. Il y avait en outre quelques ganglions plus petits dans le triangle sus-claviculaire gauche. Absence d'adénopathie dans la nuque.

A l'examen extérieur, le larynx ne présentait rien de particulier; la pression, à son niveau, ne causait pas de douleur. Il en était de même lors des différents mouvements d'élévation et d'abaissement spontanés ou provoqués.

Ce n'est que vers le milieu de novembre, que la respiration devient gênée; à l'auscultation du larynx, on entend un bruit rude aux deux temps. Il existe un peu de cornage quand le malade s'est donné du mouvement; à l'état de repos, le bruit perçu est fort léger.

A l'examen de la poitrine, peu de signes à noter. La respiration est rude dans les parties supérieures; elle est affaiblie aux bases. Quelques râles sous-crépitants dans la partie postérieure du thorax. Pas de modifications appréciables à la percussion. Le cœur est trouvé normal. L'abdomen présente encore assez d'embonpoint; rien de particulier à noter dans les différents organes. Le malade ne se plaint, du reste, d'aucun trouble de ce côté; les digestions se font bien, il existe seulement de la constipation.

Pendant les premiers jours, le patient avait été soumis à l'usage de l'iodure de potassium et de pilules au protoiodure de mercure. Aussitôt l'examen microscopique de la tumeur achevé, cette médication fut abandonnée, et la liqueur de Fowler fut seule ordonnée. Le malade prenait, en outre, de la glace; nous avons aussi fait quelques attouchements avec la teinture d'iode sur la partie gauche interne du larynx, puis des insufflations avec l'iodoforme. La tuméfaction des parties avait un peu diminué; une notable portion de la corde inférieure droite était visible.

Nous avions parlé au malade de la nécessité de la tra-

chéotomie, le seul traitement à instituer chez lui. Il ne fallait évidemment pas penser à la laryngectomie qui ne devait pas, selon nous, présenter la moindre chance de succès, à cause surtout de la délimitation trop peu nette de la lésion et de l'engorgement envahissant de plusieurs ganglions.

Sans refuser l'opération, le malade tardait à entrer à l'hôpital; il n'était pas possible de l'opérer chez lui où il ne pouvait recevoir le moindre soin.

Dans la nuit du 19 décembre, il éprouva une plus grande gêne de la respiration; il vint cependant encore à pied, le lendemain, à la policlinique. Quand il était assis depuis quelques instants, il respirait assez facilement. Il n'y avait pas de cyanose; la figure était plutôt pâle.

Sur nos instances, il se décide à venir l'après-midi à l'hôpital pour subir, ce jour-là même, l'opération de la trachéotomie; mais il veut auparavant retourner à son logement pour arranger certaines affaires.

Depuis quelques jours, outre la gêne de respiration, il se plaignait de douleur à la déglutition, l'haleine devenait un peu forte. Il y avait parfois des stries de sang dans les crachats. Les végétations du larynx étaient plus nombreuses; la surface interne de l'organe n'était pas plus tuméfiée.

Le malade a été amené l'après-midi à l'hôpital, où il a succombé subitement à peine arrivé. Nous ne l'avons pas vu à ce moment, mais l'interne qui l'a reçu nous a dit que la figure était pâle; la résolution était presque complète et le malade semblait étranger à ce qui se faisait autour de lui. La respiration n'était pas accélérée. La trachéotomie, quelque promptitude qu'on y eut apporté, n'aurait pu être pratiquée. Elle n'aurait du reste servi à rien.

Ces symptômes que le malade a présentés dans les derniers temps, se rapportent évidemment à un état syncopal. Y avait-il eu hémorrhagie avec accumulation du sang dans l'estomac, ce qui avait amené la syncope mortelle? Hypothèse pour hypothèse, celle-ci avait peut-être quelque raison d'être, d'autant plus que les végétations laissaient échapper du sang depuis plusieurs jours.

L'*autopsie* est pratiquée le 22 décembre 1881, à huit heures

du matin, par M. le docteur *Ch. Firket*, assistant du cours d'anatomie pathologique.

Le *corps* est bien développé, le panicule adipeux est abondant, notamment au niveau des parois abdominales. Quelques cicatrices anciennes sur le devant de la poitrine et sur les joues. (Le malade nous avait dit que c'étaient des coups de rapière qu'il avait reçus pendant sa vie universitaire).

Le *cerveau* ne présente rien de particulier; dans la piemère, on note un peu de suffusion sanguine au niveau du lobe frontal droit.

La *cavité abdominale* étant ouverte, on constate une surcharge graisseuse du mésentère et du grand épiplson; il n'existe pas une seule goutte de liquide dans la cavité du péritoine ni du petit bassin.

La surface du foie présente l'aspect qu'elle offre dans la cirrhose; le volume de l'organe paraît diminué. Le diaphragme remonte au bord supérieur de la cinquième côte. En examinant la région de la veine ombilicale, le ligament suspenseur du foie, on ne constate pas, actuellement du moins, de signes de circulation collatérale.

A l'ouverture du *thorax*, on trouve la plèvre droite bridée par plusieurs adhérences anciennes; la cavité pleurale de ce côté, de même que la plèvre gauche, ne contient pas de liquide.

Le *péricarde* libre de liquide est fortement chargé de graisse de même que le tissu cellulaire du médiastin.

Le *cœur* ne présente rien à noter.

Les *poumons*, outre un peu de bronchite et d'hypérémie hypostatique très-modérée, sont le siège d'assez nombreux noyaux blancs d'apparence épithéliomateuse, disséminés soit à la surface, soit dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Ces noyaux ne présentent que peu de traces de dégénérescence; tous paraissent être de formation assez récente. Leurs dimensions varient de celle d'une tête d'épingle à celle d'une noisette.

Le *larynx* est le siège d'une tumeur volumineuse occupant spécialement la paroi postérieure de la partie gauche de l'organe. La masse néoplasique recouvre le cartilage aryténoïde gauche et coiffe la partie supérieure du cartilage thyroïde. Elle est encore un peu mobile sur celui-ci. Cette masse mesure deux centimètres de diamètre antéro-postérieur; en

hauteur sur la ligne médiane, elle s'étend à deux centimètres et demi au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde et descend en arrière le long de la face postérieure de ce cartilage. Les lésions s'étendent à gauche dans le repli aryténo-épiglottique formant là de petites nodosités. Cette masse carcinomateuse située à gauche de la ligne médiane présente dans son centre une véritable caverne de ramollissement actuellement occupée par des détritus et par du sang. Sur la paroi latérale gauche du larynx, le néoplasme se prolonge en formant une nodosité qui n'est pas ulcérée, l'infiltration restant limitée au tissu sous-muqueux. L'épiglotte est saine ainsi que la paroi droite du larynx. Les cordes vocales gauches sont au contraire complètement effacées par la saillie du néoplasme.

Les ganglions du côté gauche du cou sont infiltrés par le néoplasme carcinomateux. L'un d'eux surtout, situé tout contre la veine jugulaire, présente des altérations déjà considérables. Il mesure trois centimètres et demi de longueur, deux de largeur. Son tissu est d'un blanc rosé, manifestement néoplasique. En quelques points se sont produites des dégénérescences, parfois même assez étendues. D'autres ganglions voisins, qui suivent le trajet de la veine jugulaire, présentent une certaine tuméfaction sans infiltration néoplasique visible à l'œil nu.

La *rate* plutôt petite mesure neuf centimètres trois quarts de longueur, deux centimètres trois quarts d'épaisseur. Les travées conjonctives se voient très-nettement. La consistance de l'organe n'est pas sensiblement modifiée. La capsule est épaissie surtout à l'extrémité supérieure, où elle est presque de consistance cornée.

Le *rein gauche,* de forme un peu irrégulière, montrant sa lobulation, comme dans l'enfance présente une consistance notablement plus ferme que normalement. La surface est légèrement granuleuse, et, en certains points, la couche corticale est diminuée d'épaisseur. Les glomérules de Nalpighi se distinguent nettement.

Le *rein droit,* un peu plus petit que normalement, a les mêmes caractères. Son état granuleux de surface est un peu mieux indiqué. On y trouve quelques kystes, dont l'un atteint les dimensions d'une petite noisette.

Le *foie,* à surface inégale et bridé par quelques adhérences

anciennes, pèse 1,290 grammes. La surface est surtout granuleuse à la face supérieure du lobe droit au voisinage du ligament suspenseur et à la surface du lobe gauche, qui est manifestement diminué de volume et plus que le droit. Les dimensions de l'organe sont de 22 1/2 centimètre de longueur 19 de largeur, 8 1/2 d'épaisseur, ces deux dernières dimensions étant prises au niveau du lobe droit. Sur la coupe, le tissu qui est dur et résistant, se montre traversé de bandes grises manifestement conjonctives isolant des lobules ou des groupes de lobules et présentant une teinte jaune roux. D'ailleurs on ne constate pas de grandes inégalités de surface de coupe, les lobules ne font guère saillie; ce qui indique que le tissu conjonctif n'a pas subi de rétraction considérable et ce qui peut expliquer l'absence presque complète de phénomènes de stase. Les veines de l'orifice cardiaque de l'estomac notamment ne présentent pas de dilatation, pas plus que celles du ligament suspenseur du foie. Un peu de gravier et quelques petits calculs très foncés se trouvent dans la vésicule biliaire.

*L'estomac* contient un peu de matières liquides; sa surface est tapissée de mucus mélangé d'un peu de sang rouge paraissant assez frais.

*L'intestin* ne présente dans sa partie supérieure rien d'anormal. A 2 1/2 centimètres de son orifice, le jejunum contient des matières pâteuses, noirâtres, qui paraissent fermées par du sang extravasé dans l'intestin depuis quelque temps déjà. Cette hémorrhagie se prolonge dans les parties inférieures de l'intestin.

Le *diagnostic anatomique* est donc :

Épithélioma du larynx. Noyaux métastatiques dans le poumon. Cirrhose du foie et des reins sans phénomènes de stase, sauf une hémorrhagie intestinale. Suffusion sanguine dans les méninges. Gravier et calculs dans la vésicule biliaire.

En examinant le larynx plus en détail, et par différentes coupes que nous pratiquons, nous pouvons nous convaincre que l'affection a dû débuter par la corde vocale supérieure gauche qui est infiltrée dans toute son étendue; elle empiète notablement sur le sinus de Morgagni du même côté. La corde inférieure parait intacte. Le cartilage aryténoïde gauche a déjà subi un commen-

cement d'infiltration. La lame du cartilage thyroïde à droite est atteinte de nécrose dans une petite étendue tout contre la crête médiane ; ce point correspond à l'extrêmité antérieure de la corde gauche qui est fortement infiltrée et adhère au côté droit. La lame droite de ce cartilage est mince et plus fragile que celle de gauche qui, au contraire, est assez notablement épaissie. Le cartilage de l'épiglotte est également épaissi et comme induré ; mais la muqueuse qui le recouvre est intacte.

Parmi les 37 cas de Fauvel, 26 fois la moitié gauche du larynx était atteinte d'abord, et la fausse corde avait été le point de départ du néoplasme, chez 16 de ces malades. D'après la statistique de Morell Mackenzie, la fausse corde vocale droite aurait été prise d'abord 15 fois, la gauche, 13 fois.

Les cas d'autopsie détaillée de cancer du larynx ne sont pas tellement fréquents que nous n'ayons pas jugé intéressant de publier celui-ci.

Il ressort de là pour nous plusieurs enseignements. Nous attirons surtout l'attention sur l'existence de ces masses néoplasiques disséminées dans les poumons, que l'examen de la poitrine permettait bien difficilement de constater. Ce fait a certainement beaucoup d'importance au point de vue du traitement à instituer, puisque le cancer n'est plus localisé uniquement au larynx.

La laryngotomie, pratiquée même avec le plus grand succès dans ces conditions, ne peut être que palliative, la terminaison fatale arrivera à plus ou moins courte échéance. Cette complication métastatique est-elle fréquente, oui ou non? Nous ne sachions pas que toutes les autopsies aient pu être faites, au moins assez complétement, pour s'assurer si réellement le cancer était toujous limité au larynx, ce que les symptômes permettaient de supposer. C'est ce qui serait arrivé chez notre malade, si le contrôle exact n'avait pu être établi *post mortem*. Il était bien difficile, sinon impossible, de diagnostiquer cette lésion du poumon au degré qu'elle avait atteint. Il faudra donc faire un examen attentif et répété de la poitrine ainsi que de l'expectoration, où le microscope pourra peut-être révéler soit une destruction du tissu

pulmonaire, soit son envahissement par le néoplasme. Ce soin ne devra pas être négligé chez tous les malades atteints de cancer du larynx, surtout s'il s'agit de leur proposer la laryngectomie.

L'autopsie nous a également permis de constater l'état cirrhotique du foie et des reins, qui reconnaît le plus souvent pour cause l'abus des alcooliques. Le malade n'avait du reste pas absolument nié avoir fait des excès sous ce rapport. Ce fait prouve que l'alcool ne peut être incriminé ici dans la production du cancer du larynx; il a porté toute son action sur l'organe hépatique. Nous pensons également que le tabac peut être mis hors de rang au point de vue étiologique. Notre malade était grand fumeur; mais comment est-il possible de s'imaginer un effet aussi spécial sur le larynx, sans que l'isthme du gosier et le pharynx qui devraient en subir les premières atteintes, présentent de l'irritation. Le sujet ne s'était jamais plaint de ce côté à aucune époque. Du reste aucun médecin n'admettra cette raison étiologique; les fumeurs sont très nombreux et le cancer du larynx est relativement rare.

Le malade ne s'était jamais fatigué outre mesure à parler; il n'avait jamais rien eu à la voix avant le début de cette raucité. Les fatigues vocales, dont l'effet sur la production du cancer du larynx sont du reste encore à démontrer, ne peuvent donc entrer ici en ligne de compte.

Nous n'avons non plus absolument rien trouvé dans les antécédents de famille.

La cause immédiate nous échappe entièrement; nous avons retrouvé chez notre malade les conditions qui se sont déjà rencontrées dans beaucoup d'observations : constitution robuste, période de la vie entre 50 et 60 ans, absence d'hérédité, influence du sexe. Cette dernière est frappante; la proportion est à peu près de 1 à 4 d'après les statistiques de Morell, Mackenzie, Ziemssen et Fauvel. Il est également évident pour nous avec ce dernier auteur, que le cancer joue au larynx chez l'homme le même rôle qu'il joue à l'utérus chez la femme. Cette sorte de compensation, si nous pouvons nous exprimer ainsi, établie d'un sexe à l'autre, ne prouve peut-être rien au point de vue étiologique direct ; il n'en est pas moins intéressant

de constater cette prédisposition manifeste de l'un ou l'autre organe. Il y a sympathie entre eux à l'époque de la puberté; leur influence réciproque est évidente. A la période où la femme est ordinairement atteinte de cancer de l'utérus, c'est le larynx qui, chez l'homme, paie son tribut à cette terrible maladie, toutes proportions gardées. Car, bien évidemment, la premlère de ces affections est de beaucoup plus fréquente que la seconde.

Telles sont les quelques remarques que nous ont suggérées le cas que nous rapportons plus haut et quelques autres que nous avons eu l'occasion d'observer antérieurement. Sans prétendre que nous aurons fait beaucoup avancer cette question, du reste fort difficile, nous nous sommes permis de présenter cette note aux lecteurs de la *Revue de laryngologie*. Nous n'avons cherché à voir que des faits et nous en avons tiré les conclusions qui nous semblaient les plus rigoureuses.

D^r F. Schiffers.

---

## Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique, du prof. G. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881.

Par le professeur Gruber

Médecin auriste à l'Hôpital général (K.-K.) de Vienne.

Durant l'année 1881, mille sept cent quatre-vingt six malades (1112 hommes et 674 femmes) sont venus demander des soins à la clinique. En ajoutant à ce nombre les malades restés en traitement de l'année 1880, soit 119, dont 65 hommes et 54 femmes, la somme totale des individus traités a été de 1,905, qui se répartissent, d'après leur âge, de la manière suivante :

| | | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|---|
| De 6 mois à 5 ans | 117 | 64 | 53 |
| 5 ans à 15 | 290 | 181 | 109 |
| 15 à 30 | 650 | 377 | 273 |
| 30 à 50 | 495 | 327 | 168 |
| 50 à 60 | 136 | 82 | 34 |
| 60 à 80 | 96 | 71 | 25 |
| Au-dessus de 80 | 2 | 2 | |

D'après leurs professions:

**Hommes** : Cordonniers, 42; employés, 39; serruriers, 33; tailleurs, 30; étudiants, 26; menuisiers, 26; garçons, 24; commis, 23; agents de commerce. 19; marchands, 19; manœuvres, 18; ouvriers, 17; domestiques, 17; cochers, 16; boulangers, 15; cultivateurs, 15; maçons, 13; professeurs, 12; tourneurs, 17; portefaix, 11; bouchers, 10; aubergistes; 10; musiciens, 10; coiffeurs, 9; forgerons, 9; sergents de ville, 9; conducteurs, 8; jardiniers, 8; frippiers, 7; typographes, 7; sculpteurs, 6; commissionnaires, 6; laitiers, 6; meuniers, 6; voituriers, 6; huissiers, tanneurs, chapelliers, voyageurs, copistes, tisserands, ébénistes, de chaque 5; médecins, brasseurs, prêtres, bucherons, fourreurs, passementiers, horlogers, de chaque, 4; Peintres, plâtriers, aveugles, touristes, ouvriers du chemins de fer, marchands de cuir, apprentis, mécaniciens, portiers, directeurs des postes, conducteurs des chemins de fer, tailleurs de pierre, fabricants de poches, tapissiers, de chaque, 3; aiguilleurs, ouvriers pour le bronze, cafetiers, caissiers, colporteurs, teinturiers, apprentis chauffeurs, gainiers, orfèvres, maîtres de chais, quincailliers, magasiniers, artistes peintres, employés au marché, propriétaires, polisseurs, selliers, carossiers bateliers, ouvriers pour la soie, couvreurs, de chaque, 2; entrepreneur, architecte, roulier de bière, imprimeur, libraire, chimiste, choriste, accordeur de pianos, aumônier, commissaire de police, roulier, inspecteur des finances, compagnon, boucher, guide, charretier, fabricant d'articles de luxe, enfant, fabricant de galvanos, général, fondeur, fermier, professeur de Lycée, ouvrier plâtrier, gantier, maître d'hôtel, chauffeur, garçon d'hôtel, maréchal-ferraud, ingénieur, destructeur d'insectes, facteur de pianos, fabricant de peignes, chef d'orchestre, peintre de cartes de géographies, fabricant de bougies, de chaudrons, suisse, charbonnier, fabricant de corbeilles, d'articles en cuivre, surveillant, ouvrier en métaux, graveur sur métaux, fabricant d'instruments, professeur de musiques, notaire, officier, employé à la poste, papetier, tourneur, fabricant de pipes, photographe, rabbin, terrassier, ouvrier en argile, fabricant de parapluies, employé d'école, directeur de Lycée, professeur de natation, matelot, fabricant de savon, soldat, pilote, surveillant du chemin de fer, marchand d'antiquités vétérinaire, palefrenier, conducteur de bestiaux, blanchisseur, employé aux poids public, fabricant de peaux, magicien, marchand de journaux, drapier, peintre décorateur, confiseur, de chaque 1; les autres n'avaient aucune occupation déterminée.

**Femmes** : Servantes, 135; ouvrières, 102; journalières, 68; femmes de chambres, 54; cuisinières, 31; blanchisseuses, 20; couturières, 12; paysannes, 8; maîtresses d'hôtel, 5; sages-femmes, religieuses, marchandes, nourrices de chaque, 2; caissière, aubergiste, de chaque 1. Les autres n'avaient aucune occupation déterminée.

| | NOM DES MALADIES | Restés à la fin de l'année 1881 | | HOMMES | | | TOTAL | FEMMES | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Hommes | Femmes | Droite | Gauche | Des deux côtés | | Droite | Gauche | Des deux côtés | |
| Oreille externe | Difformités du pavillon.... | » | » | 1 | » | 1 | 2 | 1 | » | » | 1 |
| | Lésions dn pavillon....... | » | » | 1 | 1 | » | 2 | » | » | » | » |
| | Hématomes de l'oreille.... | » | » | 1 | 1 | » | 2 | » | » | » | » |
| | Lupus humide........... | » | » | 2 | 3 | 3 | 8 | 4 | 2 | 2 | 8 |
| | » rodens. ........... | » | » | » | 1 | » | 1 | » | » | » | » |
| | Abcès derrière le pavillon. | » | » | 1 | 1 | ». | 2 | » | » | » | » |
| | Gonflement du pavillon.... | » | » | 1 | » | » | 1 | » | » | » | » |
| | Corps étrangers dû conduit. | » | » | 8 | 12 | » | 20 | 9 | 5 | 1 | 15 |
| | Amas de cérumen........ | » | » | 39 | 44 | 93 | 176 | 9 | 20 | 51 | 80 |
| | Démangeaisons du conduit. | » | 1 | » | » | 1 | 1 | 1 | » | 1 | 2 |
| | Inflammation circonscrite du conduit auditif externe. | » | 4 | 27 | 29 | 3 | 59 | 10 | 20 | 5 | 35 |
| | Inflammation diffuse....... | » | » | 5 | 3 | 2 | 10 | 3 | 2 | » | 5 |
| | » parasitaire... | » | » | 1 | 2 | » | 3 | 2 | » | 1 | 3 |
| | Papules syphilitiques du conduit............... | » | » | » | » | » | » | » | » | 1 | 1 |
| | Polypes................. | » | 1 | 2 | 3 | 1 | 6 | 2 | » | » | 2 |
| | Exostoses,............... | « | » | » | 1 | » | 1 | » | » | » | » |
| | Rétrécissements du conduit. | 1 | 1 | » | » | » | » | 1 | » | » | 1 |
| | Lésions du tympan ....... | » | » | 3 | 5 | » | 8 | » | 2 | » | 2 |
| | Inflammation aiguë....... | » | » | 8 | 7 | » | 15 | 1 | 3 | » | 4 |
| | » chronique ... | » | » | 1 | 1 | » | 2 | » | 2 | » | 2 |
| | Dépôts calcaires.......... | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 6 | 2 | » | 3 | 5 |
| | Épaississements ....... .. | 3 | » | » | » | 2 | 2 | » | » | 1 | 1 |
| | Atrophie................ | » | 2 | 1 | » | » | 1 | » | » | 1 | 1 |
| | Perforations sèches........ | 9 | 3 | 11 | 3 | 5 | 19 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| | Cicatrices .............. | 5 | 1 | 8 | 4 | 7 | 19 | 8 | 3 | 3 | 14 |
| | Relâchements du tympan .. | 1 | 1 | 1 | » | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Oreille moyenne | Catarrhes aigus.......... | » | » | 8 | 6 | 8 | 22 | 4 | 2 | 7 | 13 |
| | » . chroniques....... | 15 | 9 | 11 | 11 | 191 | 213 | 4 | 3 | 85 | 92 |
| | Inflammat. purulente aiguë. | » | 1 | 16 | 20 | 4 | 40 | 9 | 16 | 6 | 31 |
| | Inflammat. purulente chronique. .......... ..... | 7 | 12 | 79 | 92 | 50 | 221 | 50 | 48 | 44 | 142 |
| | Inflammat. chronique avec formation de polypes... | 3 | 1 | 21 | 18 | 1 | 40 | 6 | 6 | 1 | 13 |
| | Inflammation du périoste au niveau de l'apophyse mastoïde............... | » | » | 2 | 7 | 1 | 10 | » | 1 | » | 1 |
| | Caries du rocher ......... | » | 1 | » | 4 | » | 4 | 2 | 1 | » | 3 |
| | Inflammat. hypertrophiques | 18 | 12 | 3 | 6 | 111 | 120 | 8 | 3 | 126 | 137 |
| Oreille interne | Affections du labyrinthe ... | » | 2 | » | 5 | 17 | 22 | 1 | » | 11 | 12 |
| | Maladie de Ménière....... | » | » | » | 1 | » | 1 | » | » | » | » |
| | Bourdonnements nerveux .. | » | » | » | » | 2 | 2 | 4 | 3 | » | 7 |
| | Otalgies.................. | » | » | 3 | 1 | 4 | 8 | 6 | 2 | 5 | 13 |
| | Surdi-mutité. ........... | » | » | » | » | 23 | 23 | » | » | 11 | 11 |
| | Sans maladie de l'oreille.. | » | » | » | » | 3 | 3 | » | » | 7 | 7 |
| | Sans diagnostic.... ..... | » | » | » | » | 14 | 14 | » | » | 10 | 10 |
| | Simulation. ............ | » | » | » | » | 1 | 1 | » | » | 1 | 1 |
| | TOTAL....... | 119 | | | | | 1112 | | | | 674 |

**Difformités du pavillon de l'oreille.** — Une mère nous porta à la clinique un enfant âgé de quatorze jours, atteint de difformité bilatérale de l'oreille externe et d'occlusion des deux conduits pour y subir une opération.

Les pavillons étaient adhérents des deux côtés et recouverts de peau normale. N'ayant aucune notion de l'état des parties intérieures de l'oreille et surtout de la capacité fonctionnelle du labyrinthe, vu l'âge de l'enfant, on devait rejeter toute idée d'opération. On pria la mère de rapporter son enfant quelques mois plus tard.

Nous rencontrâmes les mêmes difformités, mais d'un seul côté, chez une femme âgée de dix-sept ans, venant de Hongrie, comme elle était atteinte d'une surdité complète de ce côté il n'y avait aucune indication pour l'opérer.

**Lésion du pavillon.** — Nous avons eu l'occasion de voir une plaie contuse de la partie antérieure du pavillon chez un homme de quarante-trois ans qui fut atteint par le timon d'un tramway en marche. Cet homme ne vint réclamer nos soins que deux jours après l'accident. La réaction fut tellement grande que le pavillon était transformé en une masse sphérique dont le sommet était infiltré de pus.

Au niveau de la plaie existait une vaste ulcération, au fond de laquelle on voyait le cartilage dénudé.

Le malade étant parti peu de temps après le traitement, nous n'avons pu connaître la suite de son histoire.

Dans un autre cas, nous trouvâmes à la partie postérieure du pavillon gauche une légère lésion de la peau, produite par un cou ; elle était paccompagnée de gonflement des parties molles du conduit auditif externe. Guérison au bout de quelques jours.

**Hématomes de l'oreille.** — Deux fois nous avons eu l'occasion de voir des furoncles de l'oreille, survenus spontanément sans aucune cause appréciable.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui remarqua, quinze jours avant de venir

nous voir, un gonflement de la partie antérieure du pavillon, la tuméfaction avait environ le volume d'une noix et s'était développée en l'espace de quelques secondes, sans occasionner de douleurs.

Au moment où le malade vint nous voir, la peau qui recouvrait la tumeur était violacée, et cette dernière occupait plus de la moitié du segment du pavillon se trouvant en face de l'ouverture du conduit auditif. La température n'était pas élevée et le malade n'éprouvait qu'un sentiment de tension très prononcée.

Comme antécédents, on pourrait mentionner que le malade avait été mordu dans son enfance par un chien sur ce même pavillon, mais on ne voyait extérieurement aucune trace d'une lésion antérieure.

Le deuxième fait était relatif à un boulanger, âgé de vingt-six ans, qui, quatre à cinq semaines avant de venir à la clinique, avait eu également au niveau de la moitié antérieure du pavillon, une infiltration saiguine survenu sans cause connue.

Le gonflement siégeait au niveau de la partie la plus profonde du pavillon, et était séparé par la crète de l'hélix en deux segments situés l'un au-dessus de l'autre.

Le traitement consista chez les deux malades en attouchements avec de la teinture d'iode qui amena en peu de temps une diminution notable des tumeurs, et aucun des malades n'eut de difformité.

**Dartres, eczéma.** — Nous avons observé un cas d'eczéma dans les deux conduits auditifs, chez une femme et chez 2 hommes ; du côté droit chez 5 hommes et 2 femmes, et chez une de ces dernières l'éruption se montra comme l'intertrigo derrière le pavillon gauche.

Le malade le plus jeune avait un an et demi et le plus âgé soixante ans.

La plupart du temps on traita l'eczéma aigu avec une solution de sulfate de zinc et de glycérine au 1/10 et la forme chronique avec du savon noir et des applications d'huile de Cade, ou quelquefois simplement avec de l'onguent Diachylum.

**Lupus.** — Nous avons rencontré un cas de lupus exulcerants dans le conduit d'un garçon âgé de huit ans qui avait également la même affection sur le visage. Le traitement consista en grattage avec une curette et attouchements avec la pierre infernale.

**Abcès derrière le pavillon.** — Deux malades se présentèrent à la clinique porteurs d'abcès dans cette région ; abcès dont on ne put reconnaître la cause, les oreilles n'ayant rien d'anormal.

Ils furent ouverts et rapidement guéris par letraitement chirurgical ordinaire.

**Gonflement du pavillon.** — Nous avons rencontré au niveau de la partie postérieure du bout de l'oreille un petit gonflement, ayant environ le volume d'un pois, dont le malade avait remarqué l'existence depuis quelques semaines et qui augmentait lentement. Il refusa du reste toute intervention chirurgicale.

**Corps étrangers.** — 34 cas, dont 6 noyaux de cerises, 5 morceaux d'ail, 3 morceaux de papier, des perles en verres, des haricots, des fèves, deux petites pierres, des pois, (de chaque deux fois), un fragment de paille, une scarabée, une dragée, un morceau d'ouate incrusté de chaux, un pépin d'orange, des larves, une punaise, une tête de clou, un morceau de crayon, une boule de papier et une en argent.

Chez un malade existait à droite un pépin d'orange et à gauche une boule de papier.

Tous ces corps étrangers furent enlevés avec une simple injection, en observant toutefois la règle habituelle, c'est-à-dire de faire disparaître d'abord les inflammations occasionnées par les essais infructueux qui avaient été faits pour retirer le corps étranger lorsque ces inflammations empêchaient l'extraction. Dans aucun cas l'on n'eut besoin d'instrument.

**Inflammations du conduit auditif.** — Chez 3 hommes et 3 femmes nous avons rencontré dans le conduit des « *aspergillus* » qui étaient la cause de leur souffrance.

Chez un étudiant qui était tourmenté depuis deux jours de douleurs violentes, les aspergillus se trouvaient dans l'oreille droite, chez un paysan affecté depuis trois semaines et chez un marchand, ils occupaient l'oreille gauche. Chez les 3 femmes, l'aspergillus occupait l'oreille droite; et l'une d'elle, qui avait été soignée par un praticien ignorant l'existence de l'aspergillus, l'inflammation de l'oreille durait depuis six mois. Les douleurs diminuèrent après l'application d'esprit de vin rectifié dont nous faisons presque toujours usage dans les cas d'inflammatione parasitaires, et la guérison parfaite fut le résultat de cette médication.

Dans un cas d'otite parasitaire nous avons trouvé dans le conduit des corpuscules microscopiques que nous n'avions jamais eu l'occasion d'observer; ils avaient sur leurs bords de fines dentelures, étaient contournées et quelquefois même en forme de poignard. M. le professeur Vogl, auquel nous avons demandé des renseignements à ce sujet, nous dit que ces corpuscules étaient des cellules épidermiques de graminées. L'existence simultanée de ces dernières et de parasites nous a paru intéressante, puisque l'on n'a pas encore ce nous semble, communiqué d'observation analogue, et si nous signalons ce fait, ce n'est point tant à cause de son influence étiologique, qui peut être fort minime, que pour permettre aux autres observateurs de porter un diagnostic daus des cas semblables.

On peut en effet se convaincre bien souvent de la présence d'organismes microscopiques, surtout dans les cas d'otites externes, mais il est difficile de prouver qu'ils sont la cause de l'inflammation, puisqu'on trouve des cocci et des bactéries dans le conduit non-seulement pendant le cours d'une inflammation, mais aussi après cette dernière a disparu sans toutefois qu'il survienne de récidive Cependant nous sommes loin de nier leur influence étiologique.

Comme traitement nous commençâmes par nettoyer les parties enflammées à l'aide de liquides antiseptiques, qui furent également continués pendant tout le cours de la maladie.

Nous devons mentionner, appuyés sur une foule d'observations modernes, l'effet des préparations gélatineu-

ses dont nous avions déjà parlé dans nos anciens rapports, préparations qui ont la propriété bien évidente de calmer les douleurs violentes, et d'arrêter l'inflammation, si toutefois l'abcès n'est pas encore formé.

Nous avons pu constater dans un cas l'effet désastreux des vapeurs chaudes dont se servent encore quelques malades avec ou sans l'ordonnance du médecin. En effet, les ayant employé chez un de nos malades, nous vîmes survenir autour des pavillons et des parties voisines un érythème violent qui le tourmentait plus que l'inflammation elle-même. Après avoir cessé l'emploi des vapeurs chaudes l'érythème disparut et l'inflammation cessa bientôt sous l'influence du traitement que nous avons indiqué plus haut.

**Papules syphiliques du conduit auditif.** — Nous avons observé une femme atteinte de syphilis constitutionnelle qui présentait une éruption papuleuse sur la face et le tronc et chez laquelle on retrouva les traces de la même affection dans les deux conduits.

On institua un traitement général et on appliqua localement dans les oreilles des bourdonnets de ouate imprégnés d'onguent gris.

**Rétrécissement du conduit auditif externe.** — Une religieuse âgée de 28 ans ayant éprouvé dans son enfance quelques élancements dans l'oreille et ayant été atteinte d'otorrhée, présentait à gauche un conduit normal et une cicatrice bien nette sur le tympan, tandis que du côté droit le conduit était considérablement rétréci au point qu'à l'œil nu; l'on ne voyait aucune ouverture la sonde d'Anel ne pouvait pénétrer qu'à environ un centimètre et demi de profondeur, il n'existait pas d'otorrhée. La montre était entendue au contact et, fait bien curieux, le diapason placé sur le vertex était également entendu des deux côtés, bien que l'ouïe du côté gauche fût normale.

Nous essayâmes d'élargir le conduit à l'aide d'attouchements à la teinture d'iode et de tiges de Laminaria, mais nos tentatives restèrent sans résultat. Nous proposâmes l'application du galvano-cautère que la malade refusa.

**Polypes du conduit auditif.** — Ils étaient presque tous survenus pendant le cours des inflammations, occupaient parfois presque tout le conduit et avaient, en général, l'aspect de granulations molles situées au fond du conduit et sur le tympan.

Le plus souvent on fit l'extraction des polypes avec le serre-nœud et on toucha les pédicules au nitrate d'argent, méthode ancienne, qui est encore la plus sûre et la plus rapide.

(*A suivre*) Prof. GRUBER.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

( Séance du 25 Octobre 1882 ) (1)

### Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx.

Le docteur B. FRANKEL a fait la communication suivante qui nous a paru très intéressante ;

Cet auteur est d'avis que si l'on consulte la littérature sur la tuberculose du larynx, on doit acquérir la conviction qu'il serait le plus souvent impossible d'arriver à un diagnostic certain de cette affection par la laryngoscopie. Le fait est d'autant plus frappant que cette méthode d'examen a pour guide l'œil, et actuellement n'est encore surpassée que par l'ophthalmoscopie. Pour expliquer une telle manière de voir, il faut évidemment admettre que les auteurs croient qu'il n'existe pas de signes caractéristiques permettant de reconnaître la maladie à la simple inspection. B. Frânkel n'est pas de cet avis; il pense que, dans le plus grand nombre des cas, la tuberculose du larynx peut être reconnue macroscopiquement, en considérant l'image qu'elle fournit. Ce serait vrai, non-seulement pour les formes décrites comme caractéristiques, mais encore pour l'ulcère tuberculeux du larynx.

Dans un grand nombre de cas, l'ulcère tuberculeux lenti-

(1) Note communiquée à la *Revue*, par le Dr SCHIFFERS de Liége, ***Originalbericht der deutschen Medicinal-Zeitung.***

culaire est tout à fait caractéristique. Le tubercule se trouve d'abord logé tout à fait sous l'épithélium, et il se forme une ulcération qui, en général, a de la tendance à s'étendre en surface. Les bords ne sont pas tranchants, mais ils laissent toujours reconnaître des échancrures qui proviennent de petites granulations nouvellement infiltrées; le fond est lardacé. L'ulcère est entouré d'une zone inflammatoire et l'on y découvre souvent des dépôts gris et submiliaires, en supposant qu'ils soient vus de face et non de profil.

Si l'on emploie des méthodes de grossissement, on voit *intra-vitam* dans ces bords, les granulations beaucoup plus nettement que sur le cadavre, parce que les infiltrations sont beaucoup mieux marquées. Aussi, pour le pharynx, l'auteur a plusieurs fois, dans des cas douteux, enlevé un petit morceau des bords de l'ulcère et ainsi constaté la tuberculose miliaire.

Néanmoins, B. Frânkel reconnaît qu'il existe encore des cas où l'ulcère n'a pas assez de netteté pour être diagnostiqué sûrement par le miroir. Ce sont les phénomènes concomitants, l'auscultation et la percussion ou le résultat du traitement médicamenteux qui tranchent la question. Malgré cela, il reste encore des cas qui, dans ces conditions sont douteux.

Tel était l'état de la question jusqu'à la découverte du bacillus de Koch. De l'aphorisme de Cohnheim : « ce qui peut être inoculé, est de la tuberculose » la pratique ne pouvait en retirer de grands avantages. B. Frânkel a réussi à utiliser la découverte de Koch pour le diagnostic de la phthisie du larynx.

En général il n'est pas difficile de recueillir des sécrétions du larynx; seulement il faut se garder d'en obtenir en même temps des poumons. Il faut faire d'abord tousser le malade, jusqu'à ce que les sécrétions soient éloignées; alors on introduit le pinceau que l'on promène sur l'ulcère. On recueille de cette façon ordinairement assez de produits de sécrétion pour pouvoir faire la recherche du bacillus. Dans 15 cas, Frânkel est parvenu ainsi à avoir des sécrétions, et 13 fois, il a pu porter le diagnostic au premier examen.

A l'objection qui est faite que cet examen est superflu, puisque l'expectoration (sputum) de ces malades contient aussi des bacillus, il est répondu que, dans ce dernier cas, rien ne peut être décidé sur la localisation de l'affection, ce

que la méthode, au contraire, permet d'obtenir. Ce qui prête à cette localisation son importance, c'est le fait que l'on est en état de déclarer positivement qu'il s'agit dans le cas actuel d'un ulcère tuberculeux; le diagnostic est tellement sûr, que l'on peut en fournir la preuve négative. Certes, ce n'est jamais qu'après un examen très attentif de 3-4 préparations au minimum que l'on peut tirer cette conclusion. Pour faire une préparation, il faut au plus 5-10 minutes; son examen exige au contraire beaucoup de temps, surtout s'il s'agit d'un résultat négatif, parce que les bacillus ne sont pas toujours nombreux et se trouvent souvent répandus très différemment.

Quant à la question de savoir si la plupart des ulcères que l'on trouve chez les phthisiques sont tuberculeux, on n'a pu jusqu'ici obtenir un accord unanime; car, dans certains de ces cas, après la mort, on n'a pu constater de tuberéules. On doit admettre que les tubercules sont détruits, et qu'à leur place l'ulcère s'est formé.

En résumé, le docteur Frankel estime d'après le résultat de ses examens, qu il n'y a plus de cas douteux, si l'on a recours à la méthode indiquée plus haut.

## DISCUSSION

Le docteur Lewin considère cette méthode comme très importante, parce qu'il est quelquefois très difficile de différencier les granulations tuberculeuses des petites glandes du larynx, qui souvent interviennent dans la constitution de ces ulcères.

Le docteur Guttmann est étonné de la constance du résultat, puisqu'elle diminue avec l'âge des tubercules, qui souvent ne peuvent plus être reconnus dans un ulcère devenu tout à fait caséeux à cause de sa destruction. Ce fait est d'accord avec les résultats des recherches du contenu des poumons phthisiques communiqués autrefois par cet auteur. Il est certain que les rapports dans le larynx sont plus favorables, en ce sens que l'on peut enlever les produits de sécrétion de la surface de l'ulcère. Seulement les ulcères tuberculeux du larynx peuvent aussi être détruits, et pour ce motif, Guttmann croit que précisément dans les cas avancés on ne réussira pas à trouver les tubercules ; alors le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis reste jus-

tifié. Enfin Guttmann communique que d'après les essais de Ziel à Heidelberg, le contenu alcalin de la solution n'est pas la cause qui retient le bacillus de la tuberculose dans la matière colorante, puisqu'après le traitement par l'acide phénique la matière colorante bleue persistait.

Le docteur Frankel répond que les degrés de caséification avancés au point qu'il n'y a aucun bacillus, ne se présentent pas facilement dans l'ulcère ; ce dernier continue à s'agrandir.

A la séance du 1er novembre, la discussion est continuée.

B. Fraenkel répond d'abord à une remarque faite par le docteur Friedlander à la dernière séance. Celui-ci avait dit que les préparations présentées à la Société ne contenaient pas de bacillus de la tuberculose. Il est de fait que ces derniers ne se distinguaient plus nettement. Depuis lors, l'auteur a repris des sécrétions chez 11 des malades qui avaient été tenues en observation et il a retrouvé 10 fois des bactéries. Celles-ci se rencontrent donc d'une manière assez constante.

On fait bien d'ajouter le moins possible de matière colorante à la solution d'aniline. En outre, il ne paraît pas nécessaire à Fraenkel de laisser surnager les couvre-objets pendant 24 heures dans la solution colorée, comme l'a indiqué Friedlander. La durée d'1/4 — 1/2 heure conseillée par Ehrlut serait suffisante. Guttmann pense qu'il ne faudrait pas employer de l'acide nitrique concentré, mais dans la proportion de 1 : 3.

Fraenkel est convaincu que, dans un grand nombre de cas, on peut, d'une façon certaine, reconnaître des granulations miliaires et submiliaires dans l'ulcère arrondi, et porter ainsi de prime abord le diagnostic, L'orateur dit ensuite quelques mots de la *thérapeutique* de l'affection, et parle des *inhalations d'ammoniaque*. Son frère, qui possède une fabrique d'ammoniaque, croyait avoir remarqué que les maladies épidémiques et la tuberculose étaient excessivement rares parmi ses ouvriers, précisément à cause des vapeurs d'ammoniaque. Fraenkel fit un essai sur un malade atteint d'infiltration de l'épiglotte et d'ulcères dans toute l'étendue du larynx. *Déjà, à partir du deuxième jour, le sujet se trouva aussi bien de son séjour à la fabrique que les autres ouvriers.* Cependant, après trois semaines, la séance étant chaque jour de 7 heures, il ne

se montrait pas de modifications dans les signes. Dans l'expectoration on trouvait beaucoup de bactéries. Du reste, il a déjà été prouvé expérimentalement que l'ammoniaque n'a aucune influence sur la tuberculose.

Le docteur Guttmann est d'avis qu'il est indifférent d'ajouter plus ou moins de matière colorante au liquide et de se servir d'acide nitrique concentré ou dilué. Il croit que tous les observateurs ne seront pas aussi heureux que B. Fraenkel dans la recherche des bacillus. Pendant ces derniers jours, il a fait lui-même différentes recherches des bactéries dans plusieurs cas d'ulcères tuberculeux du larynx, et, malgré tout le soin qu'il y a mis, il n'a pas trouvé de bacillus. Il doute de la valeur de la méthode au point de vue du diagnostic.

Le docteur G. Lewin remarque qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître l'espèce d'ulcère, et qu'en outre, il existe le plus souvent déjà des cavernes phthisiques avant que le larynx soit détruit. La méthode n'a plus alors d'importance au point de vue du diagnostic.

Le docteur Friedlaender dit que la longue durée de la coloration a été proposée par lui avec intention; si l'on agit autrement, les résultats ne sont pas certains. L'intensité de la coloration est très importante pour le diagnostic des cas, et cela d'autant plus que l'on emploie des grossissements plus faibles.

Le docteur Fraenkel fait encore remarquer que, sous le rapport de la présence des bacillus dans les crachats, Guttmann s'écarte notablement de l'opinion d'Ehrlich qui prétend qu'on les trouve presque toujours. Dr F. S.

---

## *Revue de la Presse*

**Cheloïdes cicatricielles, Tumeurs très volumineuses des oreilles.** — En égard au grand nombre de cicatrices que l'on observe, la chéloïde cicatricielle est chez nous une affection peucommune. D'après le livre intéressant du docteur Corre surla *mère et l'enfant dans les races humaines*, l'hypertrophie cicatricielle serait beaucoup plus commune dans les races colorées; il en a lui-même observé des exemples sur des

enfants hindous et des enfants nègres. Dans la race noire, la prédisposition au développement anormal du tissu cicatriciel serait souvent héréditaire et congénitale. Le docteur Langard, dit Nicolas, a vu un négrillon né avec cette dyscrasie et chez lequel la plus petite blessure au moyen des ongles, d'une aiguille, d'une épine, etc., donnait naissance à un bourrelet, de telle sorte qu'à l'âge de deux ans, époque à laquelle cet enfant mourut des suites d'une autre affection, il était littéralement couvert de ces excroissances cicatricielles. Au Sénégal, dit aussi M. Corre, il n'est pas rare de rencontrer d'anciennes tumeurs fibreuses développées chez des jeunes filles à la suite du percement du lobule auriculaire.

On pourrait rapprocher de ce fait celui signalé par Macpherson, qu'au Bengale la chéloïde se développe souvent à la suite des cautérisations au fer rouge, et qu'on l'a vu succéder à l'application de la peine du fouet.

Pour être moins commune chez nous, la maladie se rencontre pourtant encore quelquefois. J'ai eu l'occasion d'opérer l'année dernière une femme qui portait au lobule de l'oreille droite une tumeur assez volumineuse. On a pu voir à l'hôpital Saint-Louis, l'année dernière, une femme qui s'est montrée plusieurs fois et qui portait aux deux oreilles de très volumineuses tumeurs nées encore au niveau de la cicatrice de la perforation du lobule. Elle présentait du reste, des chéloïdes sur chacune de ses cicatrices de vaccin au bras.

Le *Saint-Louis medical and surgical Journal* nous signale, daprès le *Dublin Journal of medical Science,* un cas où certainement le mal a atteint des proportions peu communes. Le journal ne donne pas de détail sur la race, mais il s'agit certainement d'un homme de couleur opéré par le docteur William Allen. Il s'agissait d'un garçon de 16 ans qui avait eu les oreilles percées pour les boucles à l'âge de 8 ans. Peu après l'opération, les tumeurs commencèrent à se développer. Au moment de l'observation la tumeur du côté droit, née au niveau du lobule de l'oreille, ayant des adhérences aux régions parotidiennes et mastoïdiennes, mesurait de haut en bas 22 centimètres et 35 centimètres de circonférence. Celle du côté gauche un peu plus petite, à peu près de même disposition, avait la même hauteur et seulement 25 centimètres de circonférence. L'auteur fit une ligature préalable de la base de la tumeur à droite, puis la disséqua en enlevant une por-

tion de l'oreille pour tâcher d'éviter la récidive. Elle pesait environ 1260 grammes. La même opération fut faite sur le côté gauche où la tumeur pesait seulement 800 grammes. L'article ne dit rien de la récidive.

C'est en effet une difficulté du traitement : la récidive se fait pour ces tumeurs avec une ténacité extraordinaire, ce qui n'est pas surprenant puisque l'on voit aussi chez ces patients, des cicatrices même d'autres régions présenter les mêmes accidents.

Dans le cas que j'ai opéré à l'hôpital Tenon, dit le docteur J. Lucas-Championnère, et qui avait déjà récidivé deux fois, j'ai fait la réunion immédiate pour obienir la cicatrice la moindre possible. Je l'ai revue plusieurs semaines après l'opération, elle avait très bonne apparence, elle avait promis de revenir en cas de récidive et n'est pas revenue.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Vidal traite les chéloïdes par les scarifications très rapprochées et a obtenu de très beaux résultats. (*Journ. de méd et de chir. prat. Juillet 1882.*)

**Polype des fosses nasales, ablation.** — M. Trélat présente un malade qui était atteint d'un polype muqueux enflammé des fosses nasales et de tous les sinus voisins, qui avait défoncé l'os unguis et qui était venu former une tumeur ressemblant beaucoup, par son siège, à une tumeur lacrymale. M. Trélat pratiqua chez ce malade une opération consistant à pratiquer, sur les parties molles, l'incision de Nélaton, c'est-à-dire une incision allant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, en passant le long du rebord inférieur de l'orbite, suivant le sillon naso-jugal jusqu'à la lèvre, contournant l'aile du nez jusqu'à la cloison et se terminant par la lèvre ainsi séparée sur la ligne médiane. Ceci fait, il pratique une section partielle du maxillaire supérieur, renverse en dehors le vaste lambeau osseux ainsi obtenu, gratte et cautérise avec le thermo-cautère, tous les sinus maxillaire, frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, enlève ensuite très facilement la production morbide, fait la suture des parties molles et obtient, sans accidents, une réunion immédiate par première intention. On se crée ainsi une voie très large qui permet d'accéder dans toute la cavité des fosses nasales, et les suites de cette opération si large sont des plus simples. Ce malade, opéré le 29 novembre, est présenté à la Société le 12 décembre, déjà

guéri depuis plusieurs jours (*Soc. de chirurg.*, séance du 13 décembre 1882).

**Un cas mortel de laryngite striduleuse** par le Dr John Munn. — Le 5 mai 1882, une femme vint chercher l'auteur pour traiter sa petite fille âgée de vingt-un mois, malade disait la mère, depuis trois semaines. L'enfant paraissait bien portante, la voix et la respiration étaient normales; la lèvre inférieure seule était tuméfiée et fortement tendue au niveau des molaires temporaires. L'auteur essaya de faire une incision, mais à peine le bistouri eut-il touché la partie inférieure de la dent, que l'enfant commença à crier fortement et après une longue expiration, la respiration resta suspendue. Une ou deux secondes après, l'enfant fit un effort pour respirer, mais la face devint violacée, la bouche resta ouverte, le tronc et les membres se raidirent, en un mot, tous les signes de l'asphyxie se développèrent rapidement; le pouls devint petit, le cœur cessa de battre et bientôt la résolution musculaire remplaça la contraction. Malgré des soins empressés (flagellation avec un mouchoir mouillé, respiration artificielle etc.), l'enfant succomba.

L'auteur pense que l'obstruction du larynx peut survenir après un effort violent d'expiration ou au commencement de l'inspiration, au moment du cri la langue étant déprimée et portée en arrière. A ce moment l'épiglotte peut facilement retomber et occasionner un spasme des muscles qui gardent l'entrée de la trachée, les efforts d'inspiration consécutifs ne faisant qu'augmenter l'obstruction, surtout chez les enfants. (*The Lancet*, 9 décembre 1882).

## AVIS A NOS ABONNÉS

**Nous avons l'honneur de prévenir nos Abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1883, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.**

**Les nouveaux Abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin**

**d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.**

**Nous prions ceux de nos Abonnés auxquels il manquerait quelques numéros de l'année 1882, de vouloir bien les réclamer à l'éditeur avant le 20 janvier.**

## EXPOSITION DE BORDEAUX

**Diplômes d'honneur :** M. Pennès, pour son vinaigre antiseptique. Nous sommes heureux d'enregistrer le nouveau succès de ce produit aujourd'hui presque universellement employé dans les hôpitaux de Paris, et dans bon nombre d'hospices de province.

MM. Rigollot et Cie, pour leurs sinapismes.

**Médailles d'or.** — Lucien Leboeuf, à Bayonne, pour ses émulsions de Goudron, de Tolu, son coaltar saponiné, etc., produits dont la réputation n'est plus à faire.

M. Doin (Octave) de Paris, pour ses publications médicales.

Si nous ne pouvons faire ici l'éloge du charmant éditeur parisien, il nous est du moins permis de le féliciter du nouveau succès qu'il a si bien mérité par le soin, et nous pouvons dire le luxe, qu'il apporte à toutes ses publications.

---

Nous croyons être utile à nos lecteurs, en portant à leur connaissance l'avis suivant, extrait du journal *la France Médicale de Paris.*

## Avis à Messieurs les Médecins.

« Depuis quelque temps plusieurs journaux de médecine signalent à leurs lecteurs, les bons effets obtenus par l'emploi de certains ferrugineux dans les affections chlorotiques; à ce sujet, qu'il nous soit permis de dire que nous considérons comme un devoir d'appeler l'attention de nos confrères sur les **Pilules du Dr Blaud**, et de leur dire ici que, si ces pilules ont conservé jusqu'à ce jour le rang qu'elles occupent depuis si longtemps dans la thérapeutique, et si Messieurs les médecins les prescrivent journellement dans le traitement des affections chlorotiques, c'est que cette préparation compte d'abord plus de quarante années d'*expériences cliniques*, qu'elle est inscrite au nouveau Codex, et qu'ensuite elle est le meilleur marché comme le plus actif de tous les ferrugineux connus jusqu'à ce jour.

Les Pilules de Blaud, à notre avis, réunissent donc toutes les qualités d'un bon médicament, avantages constatés et justement appréciés par la plupart de nos confrères. »

Dr Robert.

*France Médicale*, 19 septembre 1882.

---

*Le propriétaire-gérant*, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.